Ueber Wanderniere und deren Behandlung

durch

Nephrorrhaphie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Julius Oechsle

cand. med. aus Gmünd.

München 1896.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ueber Wanderniere und deren Behandlung

durch

Nephrorrhaphie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

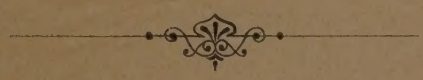
der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

orgelegt von

Julius Oechsle

cand. med. aus Gmünd.



München 1896.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Referent: **Herr Prof. Dr. O. Angerer.**

Die Wanderniere, früher als anatomisches Kuriosum betrachtet, hat infolge ihres klinischen Interesses in den letzten Dezennien grössere Beachtung gefunden und ist Gegenstand vielseitiger Untersuchungen geworden. Zugleich entstand aber auch eine entschiedene Differenz über dieses Krankheitsbild, dass wohl noch geraume Zeit vergehen wird, bis alle einzelnen Fragen dieses Kapitels der Pathologie eine befriedigende Beantwortung gefunden.

Statistisch ergibt sich, dass das weibliche Geschlecht das grössere Kontingent zu diesem Leiden stellt als das männliche, ferner dass überwiegend häufig die rechte, weniger häufig die linke und in einzelnen Fällen beide Nieren abnorme Beweglichkeit zeigen.

In der Frage der Aetiologie der Wanderniere begegnen wir einer Menge von theoretischen Versuchen und Hypothesen.

Unter den Faktoren, welche im stande sein sollen, die Fixation der Niere zu lockern, kommt nach Landau [1]) der Schwund des Fetts der capsula adiposa in Betracht. Er fand die Wanderniere häufig bei den mit allgemeiner Konsumption des Fetts einhergehenden Erkrankungen wie Phthise, Carcinom, oder im Verlauf akuter Infektionskrankheiten. Infolge des Fettschwunds verliere die Niere ihren festen Halt und müsse vermöge ihrer Schwere nach abwärts sinken.

[1]) Landau, Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881.

Es ist allerdings wahr, dass bei Laparotomien und bei Sektionen das die Niere umhüllende Fett sehr mässig entwickelt gefunden wurde, es dürfte aber schwer sein, zu entscheiden, ob dieser Fettschwund die Ursache und nicht eher die Folge der Verschiebung ist. Uebrigens ist es a priori wenig glaubhaft, dass in der Befestigung eines der wichtigsten Organe ein quoad quantitatem so inconstantes Gewebe wie das Fett eine so hervorragende Rolle spielen sollte, abgesehen von der Schwierigkeit die Quantität des als normal geltenden Fetts genau zu präcisieren. Auf der andern Seite finden wir doch oft genug bei hochgradiger Abmagerung und erheblichem Schwund des Fettgewebs die Niere durchaus unbeweglich.

Ein weiteres ätiologisches Moment sehen Landau, Hertzka, Senator in der Erschlaffung der Bauchdecken, welche sich besonders bei Frauen, die zahlreiche Geburten überstanden, vorfindet. Hiedurch werde der bei straffen Bauchdecken vorhandene intraabdominale Druck herabgesetzt oder gar ins Gegenteil verkehrt und übe einen ungünstigen Einfluss auf die Nieren aus. Nach den Untersuchungen Weiskers[1]) scheint aber auch dieser ätiologische Faktor problematisch geworden zu sein. Dazu kommt, dass Lindner[2]) in zahlreichen Fällen Wandernieren bei Frauen fand, die nur eine oder zwei Geburten durchgemacht, bei Frauen aus den besseren Ständen, ausserdem noch bei einer grossen Anzahl von Nulliparen jeden Standes und Alters von 16 bis 40 Jahren. Von 75 Patienten Lindners hatten 24 noch nicht geboren, von diesen war keine weit über die Mitte

[1]) Bemerkungen über den sogen. intraabdominalen Druck. Schmidt's Jahrbücher CCXIX.

[2]) Lindner, Ueber die Wanderniere der Frauen, erschienen im Frauenarzt 1887.

der 30ger Jahre hinaus; die meisten standen im Alter von 17—30 Jahren, also in den Jahren, in welchen alle Gewebe am straffesten und festesten sind. Ja, Lindner glaubt, die Zahl der mit Wanderniere behafteten Nulliparen wäre eine viel grössere, wenn man nicht die darauf hinzielende Untersuchung bei jungen Mädchen aus naheliegenden Gründen unterliesse.

Auch Traumen hat man beschuldigt. Indessen wird man gerade bei Beurteilung dieser Fälle sehr vorsichtig sein müssen. Abgesehen von der Vorliebe der Patienten, ihr Leiden auf ein bestimmtes Trauma zurückzuführen, ist, rein physikalisch gedacht, das akute Zustandekommen einer Wanderniere unmöglich, weil eine akut bewirkte Dehnung der Gefässe bezw. Verlängerung derselben, wie sie stets bei dieser Erkrankung vorliegt, nicht denkbar ist. Lindner glaubt, dass in diesen Fällen schon vorher eine Wanderniere bestand und dass diese durch das Trauma infolge der durch letzteres vermehrten und zum Bewusstsein gekommenen Beschwerden der Untersuchung zugänglich wurde.

Auch der Beruf scheint ohne Einfluss auf die Aetiologie dieses Leidens zu sein. Während zwar das Material Landau's aus der niederen, arbeitenden Klasse sich rekrutierte, konnte Lindner [1]) in den Lebensverhältnissen seiner Patienten keine die Krankheit begünstigenden Momente finden, besonders schwere Arbeit hatte keine verrichtet, ja es waren gerade unter den Nulliparen 2 Berufsarten vertreten, deren körperliche Anstrengung gerade zu den leichtesten gehören: Näherinnen und Lehrerinnen.

Nach alledem muss man wohl Lindner beistimmen, wonach es sich in den meisten Fällen um angeborene Ano-

[1]) Lindner l. c. und Lindner, Ueber Wandernieren; Münchener mediz. Wochenschrift 1890.

malien oder wenigstens um eine in der ersteu Anlage beginnende Disposition handelt, zu deren weiteren Entwicklung allerdings eine grosse Reihe von Hilfsursachen beitragen kann.

Die Symptome der Wanderniere bieten durchaus kein eigenartig charakteristisches Bild dar.

Von subjektiven Erscheinungen sind in erster Linie die mehr oder minder hochgradigen Schmerzen zu erwähnen, die vom Kreuz und Rücken in die Lendengegend, Schulter und Arme ausstrahlen. Meist werden die Schmerzen in Rückenlage vermindert oder aufgehoben, beim Gehen oder Stehen und bei angestrengter Arbeit vermehrt.

Weitere fast regelmässige Klagen beziehen sich auf Störungen in den Verdauungsorganen; die Patienten klagen über Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen. Dazu kommt meistenteils eine hochgradige Stuhlverstopfung. Als Ursache für die ersteren Beschwerden nehmen Landau und Lindner an, dass bei rechtsseitiger Wanderniere durch die nach unten und innen dislocierte Niere eine Knickung des Duodenums herbeigeführt werde, wodurch der Mageninhalt am Austritt in den Darm gehindert wird und eine intensive Zersetzung erleidet. Als Ursache der Obstipation darf man wohl neben der Erschlaffung der Bauchdecken die mit der beweglichen Niere zusammenhängende Verschiebung des Colon nach unten, sodann den durch die Niere auf das Darmrohr ausgeübten Druck, woraus bei höheren Graden sogar eine Knickung des Darmrohrs resultieren kann, ansehen.

Auffallend ist, dass Störungen in der Harnsekretion für die Regel nicht vorkommen. Die bedeutendste Störung von seiten der Harnorgane ist die sog. Einklemmung der Wanderniere. Sie besteht in plötzlich auftretenden Schmerzen und grosser Spannung des Abdomens. Während des Anfalls ist die Diurese herabgesetzt und steigt erst wieder nach 3 bis

4 Tagen, sobald die akuten Erscheinungen sich zurückgebildet haben. Bei Untersuchung des Abdomens findet man einen sehr druckempfindlichen, meist gut beweglichen Tumor von der doppelten bis dreifachen Grösse der normalen Niere.

Nach Lindner handelt es sich dabei um eine Stauung im Nierenbecken infolge Torsion oder Knickung des Ureters, woraus sich auch die Volumzunahme der Niere leicht erklären lässt.

Die Diagnose der Wanderniere kann nur auf Grund des objektiven Befunds festgestellt werden. Das bewegliche Organ ist als ein Tumor von fester Consistenz zu fühlen, der meist leicht beweglich ist und dem untersuchenden Finger unter den Rippenbögen entschlüpft.

Aus dem bisher Gesagten dürfte sich die Prognose der beweglichen Niere mit Leichtigkeit ergeben. Es gibt Fälle genug, die ganz symptomlos verlaufen, und bei denen das Vorhandensein einer Wanderniere nur als zufälliger Befund konstatiert wurde. Immerhin leidet aber der grössere Teil der mit diesem Leiden Behafteten mehr oder weniger schwer darunter. Die bewegliche Niere kann zu den verschiedensten, zum Teil sehr erheblichen Funktionsstörungen in fast allen Unterleibsorganen Veranlassung geben. Es ist wohl in den meisten Fällen die Existenz einer Wanderniere als ein durchaus ernstes und die energischsten therapeutischen Bestrebungen forderndes Leiden anzusehen.

In der Frage der Therapie der Wanderniere begegnen wir 2 Extremen: auf der einen Seite wird jeglicher operative Eingriff verworfen, auf der anderen ist ein solcher allein indiciert.

Kollet und Landau empfehlen das dauernde Tragen von Leibbinden, Miedern oder Bruchbändern mit elastischen

Pelotten. Landau sah den besten Erfolg bei Anwendung des von anderen „viel geschmähten Korsets“.

Hager[1]) aber, der die Bandagenbehandlung bei 22 Fällen anwandte, hat sie nur in drei erprobt gefunden, in den anderen nutzlos und sogar beschwerlich. U. Keppler spricht geradezu von einer absoluten Erfolglosigkeit dieser therapeutischen Massnahmen.

Auf Grund solcher Erfahrungen trat Keppler[2]) mit dem Vorschlag auf, die Wanderniere selbst ohne alle und jede Komplikation, sobald sie irgend welche Störungen im Organismus verursache, durch die Nephrektomie zu entfernen.

Dass eine so eingreifende, den konservativen Anforderungen der modernen Chirurgie wenig entsprechende Methode, die ein gesundes, lebenswichtiges Organ vernichtet mit aller Entschiedenheit bekämpft wurde, ist natürlich.

Zwischen diesen beiden Extremen steht der goldene Mittelweg der Annähung der Niere nach Hahn[3]).

In linker bezw. rechter Seitenlage führt er einen Schnitt an der lateralen Seite des Muscal. sacrolumbalis von der 12. Rippe nach der Christa ossis ilei; nach Durchtrennung der Fascie des M. sacrolumb., der nach innen gezogen wird, durchschnitt er den Musc. quadratus lumb. Die Niere wird von der Bauchseite aus in die Wunde gedrängt, die capsula adiposa mit einigen Catgutnähten an der Wunde fixiert. Die Operation betraf 2 Patienten. Der Erfolg schien ein zufriedenstellender, wenigstens für die erste Zeit, solange die Patienten zu Bette legen. Als sie aber aufstanden und herumgingen, hatte sich die Niere wieder losgerissen.

---

[1]) cfr. Berliner klinische Wochenschrift 1889.

[2]) Die Wanderniere und ihre chirurgische Behandlung. Archiv für klin. Chirurgie 1879. XXIII.

[3]) cfr. Centralblatt für Chirurgie 1881.

Die Hahn'sche Methode erfuhr in der Folgezeit die verschiedensten Modifikationen.

In den meisten Fällen, wo es sich nicht um ein kompliziertes Leiden handelte, hat man vom Rücken her den Zugang zur Niere gesucht. Diese Methode hat den Vorteil, die Niere extraperitoneal zu befestigen. Nun schlug Rosenberger [1]) vor, die Peritonealhöhle zu eröffnen. Der Schnitt wird vom Rande der Rückenstrecker gegen den Nabel hin geführt, und das Peritoneum eingeschnitten. Die Niere wird zunächst extraperitoneal befestigt, sodann die capsula fibrosa nach Entfernung eines Teils der Fettkapsel in das Peritoneum eingenäht. Rosenberger hoffte dadurch eine innigere Vernarbung des Peritoneums mit der fibrösen Nierenkapsel zu erzielen. Der Verlauf war ein guter.

Da die 12. Rippe das Operationsgebiet nach oben ordentlich beschränkt, schlugen mehrere Chirurgen die Resection derselben vor, wodurch allerdings die Möglichkeit gegeben wird, die Niere beinahe an ihrer normalen Stelle zu fixieren. Doch steht dieser Methode als schwerwiegendes Bedenken die Gefahr einer Verletzung der Pleura gegenüber.

In späteren Fällen ging Hahn selbst noch weiter, er spaltete die capsula propria, präparierte sie von der hinteren Nierenfläche ab und nähte sie in die Wunde ein. Es sollte die ihrer Kapsel entblösste und dadurch an ihrer Oberfläche leicht lädierte Niere ein bildungsfähigeres Material für eine feste Narbe bieten. Delhaes endlich legte durch das Parenchym selbst einige Nähte, ein Verfahren, das so ziemlich von allen Chirurgen weitergeführt wurde.

Um der Niere weiter noch einen festeren Halt an den Muskelwänden zu geben, versuchten Bassini, Ghinozzi,

[1]) cfr. Münchener mediz. Wochenschr. 1888.

Tischendorf u. A. die Befestigung derselben durch die Naht um die 12. Rippe. Doch dürfte ein, ohne Zweifel durch die Verletzung der Pleura bedingter Todesfall zur Unterlassung dieser Methode mahnen.

Endlich wurde die Wunde tamponiert, damit die Narben massiger und der Erfolg ein besserer wurde.

Auch diese Operationsmethode fand heftige Gegner. Landau und Lindner bezweifeln eine erfolgreiche dauernde Anheilung der beweglichen Niere, da keine 2 serösen Flächen vorhanden sind, die miteinander verkleben.

Es leuchtet ein, dass über den Wert oder Unwert der verschiedenen therapeutischen Vorschläge nur eine möglichst grosse Erfahrung entscheiden kann, und dass gerade bei unserm Leiden, das ja als ein das Leben direkt bedrohendes nicht angesehen werden kann, der Hauptwert darauf gelegt werden muss, bei welcher Methode die Prognose quoad vitam die günstigere ist. Bei gleicher Methode der einzelnen Operationsmethoden wird es sich darum handeln, welche von den Methoden die Beschwerden der Patienten am sichersten und dauerndsten beseitigt. Hängen die Beschwerden wirklich von der Wanderniere ab, so werden sie durch Nephrektomie sicher beseitigt. Die Prognose quoad vitam ist aber bei der letztern gegenüber der Hahn'schen Nephrorrhaphie entschieden ungünstig, wie alle diesbezüglichen Statistiken ergeben. Soll aber die Hahn'sche Methode als die siegreiche und die einzig berechtigte Concurrentin auftreten, muss die Hauptprüfung auf die Prognose quoad effectum gerichtet sein.

In der Münchener Klinik wurden seit dem Jahr 1888 von Herrn Prof. Dr. Angerer bei 19 Patienten die Nephrorrhaphie ausgeführt und zwar 17 mal auf der rechten Seite,

2mal auf der linken, und bei einer Patientin wurde 2malige Nephrorrhaphie der rechten Seite gemacht.

Die Operation wurde in der Weise vorgenommen, dass mittelst des Simon'schen Schnitts die Niere freigelegt, die Fettkapsel gespalten, soviel wie möglich hervorgezogen und mit Seiden- oder Catgutfäden fixiert. Durch das Nierenparenchym selbst wurden starke Catgutfäden gelegt, und die Niere durch Nähte durch Muskel und Faszie beseitigt und zwar möglichst an der normalen Stelle. Denn wird die Niere oberhalb der normalen Höhe fixiert, so werden schon mit der Operation abnorme Verhältnisse geschaffen und es muss die Fixation der Niere durch Zug und Spannung leiden. In 2 Fällen wurde die Capsula fibrosa abpräpariert und in die Wunde eingenäht.

Kranken-Geschichten.

1.

K. St., Directrice aus München, 28 Jahre alt, aufgenommen in die chirurg. Poliklinik am 9. Nov. 1888. Patientin klagt seit 2 Monaten über heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite, will an einem chron. Magenkatarrh leiden, der seit den letzten 2 Monaten bedeutend zugenommen habe, so dass sie fast alle Nahrung erbrechen müsse; dabei hatte sie heftige krampfartige Schmerzen im Leib, so dass sie gar nicht mehr arbeiten könne. Sie ist I para.

Stat. präs.: Bei der gracil gebauten, anämischen Kranken ist rechts vom Nabel die nicht vergrösserte Niere zu fühlen.

11. XI. 88. Operation.

Am 21. XI. V.-W., Entfernung der Nähte und des Tampons, Wunde granuliert gut.

Am 30. XI. 2. V.-W. Wunde bis auf eine kleine granulierende Stelle geheilt.

Kranke wird am 2. XII. entlassen. Der Heilungsverlauf ist vollkommen fieberfrei; das Erbrechen hört auf, und die Kranke fühlt sich gesund und arbeitsfähig.

Nov. 1889 stellt sich die Kranke wieder vor, hat keinerlei Beschwerden, Appetit gut. Niere ist fixiert.

Jetziger Aufenthaltsort der Patientin nicht zu ermitteln.

2.

K. Sch., Köchin aus München, 24 Jahre alt, aufgenommen am 21. Oktober 1889 in die chirurg. Poliklinik.

Die schlecht genährte Patientin gibt an, seit Jahren kränklich zu sein; im Mai vorigen Jahres habe sie eine normale Geburt gehabt und im Anschluss an dieselbe verspüre sie Schmerz im Leib, besonders in der rechten Seite, die sehr heftig seien, einmal kürzere, das andremal längere Zeit andauerten. Bei Bewegung des Körpers seien die Schmerzen unerträglich, so dass sie gezwungen gewesen sei, ihren Dienst aufzugeben.

Stat. präs.: Patientin anämisch. Rechts vom Nabel ist deutlich die Niere zu fühlen, die gut verschieblich ist.

31. X. Operation.

Nach der Operation klagte die Kranke über sehr heftige Schmerzen; gegen Abend Nachlass.

Am 6. XI. 1. Verb.-W.; geringe Sekretion.

Am 13. XI. 2. V.-W. Gute Granulationen. Allgemeinbefinden besser.

Am 18. XI. wird die Patientin entlassen.

Im Juli 1890 stellt sich die Patientin vor. Es besteht eine Fistel in der Narbe. Patientin ist wieder Gravida. Niere ist fixiert.

Im November 1890 Partus.

Die Niere ist, wie ich mich durch eigene Untersuchung überzeugen konnte, fixiert. Von seiten der rechten Niere empfindet Patientin keine Schmerzen mehr.

3.

A. M., Köchin, 46. Jahr. Aufgenommen in chirurg. Poliklinik am 13. Februar 1890.

Pat. litt früher an Bleichsucht und Magenkatarrh. Giebt an, dass sie häufig an Schmerzen im Unterleib, Übelkeit und Erbrechen leide und dass diese Beschwerden seit etwa $^3/_4$ Jahren häufiger und auffälliger sich einstellen. Nullipara.

Am 21. II. Operation.

1. III. V.-W. Wunde granuliert gut.

8. III. V.-W. Wunde bis auf Welschnussgrösse durch Granulation ausgefüllt.

23. III. entlassen; Patientin hat keine Beschwerden mehr. Niere fixiert.

Okt. 1890 stellt sich Patientin vor; sie ist im Dienst, hat keinerlei Beschwerden.

Jetziger Aufenthaltsort der Patientin nicht zu ermitteln.

4.

M. Schm., Köchin, 24 Jahre, aufgenommen am 3. III. 90 in der chir. Poliklinik.

Patientin verspürte im Nov. 1889 zum ersten Male heftige Schmerzen im Leib, die seit dieser Zeit nicht mehr vergangen sind. Die Schmerzen sind rechts viel intensiver und Patientin bemerkt selbst alsbald eine Geschwulst. Seit Anfang Februar 1890 seien die Schmerzen auch links stärker. Die Patientin hat nie geboren und führt die Entstehung ihres Leidens auf sehr schwere Arbeit zurück. Im Liegen

sind die Schmerzen geringer als beim Stehen und Arbeiten. In der letzten Zeit trat häufiges Erbrechen auf.

Stat. praes. Anämisches, graciles Mädchen. Rechts ist in der Nabelhöhle deutlich die Niere zu erkennen. Auch links ist die Niere zu fühlen, jedoch nicht beweglich.

Am 9. III. Operation.

15. III. 1. Verb.-Wechsel, Entfernung des Tamp.

29. III. 2. Verb.-W., Wunde granuliert gut.

Am 10. IV. Patientin entlassen.

Januar 1890 stellte sich Patientin vor, gibt an, dass sie in ihrem Dienst alle Arbeiten ohne Schmerzen verrichte. Niere fixiert.

Auf persönliches Befragen teilt mir Patientin, die seither geheiratet und ein normales Wochenbett durchgemacht, mit, dass sie sich vollkommen wohl befinde und sogar schwere Arbeiten ohne Beschwerden verrichte.

5.

Th. A., Köchin, 27 Jahre. Aufgenommen 12. III. 1890.

Patientin gibt an, dass sie vor 7 Jahren eine schwere Kiste hob und dabei einen heftigen Schmerz im Leibe empfunden. Seit dieser Zeit sei sie krank, leide an Kopfweh, habe Leibschmerzen und im letzten Jahre Magenbeschwerden mit häufigem Erbrechen. Nullipara.

Stat. praes. Schlecht genährtes, anämisches Mädchen. Im rechten Hypochondrium ist besonders deutlich beim Stehen der Patientin die leicht verschiebliche Niere zu fühlen.

16. III. 90. Operation.

26. III. 1. Verb.-W.

18. IV. 2. Verb.-W. Granulation gut.

23. IV. entlassen; Niere fixiert.

I. 91. stellt sich Patientin vor, gibt an, keine Beschwerden zu haben, Niere ist fixiert.

Patientin klagt über Kreuzschmerzen. Bei Untersuchung der Niere ergibt sich, dass sie gut palpabel, wenig beweglich, aber sehr druckempfindlich ist. Patientin versieht aber ihren Dienst.

6.

M. E., Köchin, 21 Jahre. Aufgenommen in chirurg. Poliklinik am 22. III. 90.

Seit Anfangs 1890 leidet sie an Schmerzen im Leib, besonders auf der rechten Seite, welche ihr Gehen und Stehen erschweren. Nullipara.

Stat. praes.: Gesund aussehendes Mädchen. Im rechten Hypochondrium ist die leicht verschiebliche, druckempfindliche Niere zu fühlen.

26. III. 90. Operation.

29. IV. Patientin entlassen.

Auf Anfragen teilte mir Patientin mit, dass sie auf der rechten Seite keine Schmerzen mehr habe, und dass sie wieder im Dienst ihre gewöhnlichen Arbeiten verrichte.

7.

E. M., Zimmermannsfrau, 57 Jahre.

Patientin, die viel an Magenschmerzen litt, bekam vor etwa 10 Wochen plötzliche heftige Schmerzen im ganzen Körper. Seit dieser Zeit konnte sie keine Nacht mehr schlafen. Patientin glaubt ihr Leiden darauf zurückführen zu müssen, dass sie einen schweren Sack gehoben. Sie wurde darauf behandelt, aber ohne Erfolg. Patientin hat 9 normale Wochenbette durchgemacht.

Stat. praes.: Rechts unten vom Nabel fühlt man die bewegliche und sehr druckempfindliche Niere.

Am. 9. VII. 90. Operation.

14. VII. Patientin klagt seit der Operation über starke Schmerzen in der Operationswunde, ist fieberfrei und bei gutem Appetit. Verb.-W. Tampon wird entfernt, Wunde granuliert.

22. VII. 2. Verb.-W. Wunde ist fast geschlossen.

31. VII. Wunde bis auf eine kleine Stelle vernarbt, die Kranke ist schmerzfrei, Niere gut fixiert.

Persönlich teilt mir Patientin mit, dass sie sich durchaus wohl befinde und von seiten der Niere keine Beschwerden habe. Niere ist unbeweglich.

8.

A. St., Weberstochter, 24 Jahre. Eintritt in chirurg. Klinik. 17. VII. 90.

Patientin gibt an, bis zu ihrem 15. Jahre gesund gewesen zu sein, seit dieser Zeit sei sie an Kreuzschmerzen erkrankt und habe 1/2 Jahr nicht aufrecht gehen und stehen können. Jetzt sei sie ungefähr ein Jahr lang krank und zwar habe sie besonders stechende Schmerzen rechts hinten in der Lumbalgegend. Am ärgsten seien die Schmerzen beim Gehen, manchmal auch beim Sitzen; Appetit mässig; Stuhlgang regelmässig und ohne Beschwerden.

Stat. praes.: Im rechten Hypochondrium fühlt man die sehr leicht bewegliche und schlüpfrige Niere.

Am 19. VII. Operation.

26. VII. fieberfrei; Pat. klagt über starke Schmerzen.

25. VII. Patientin ist fieber- und schmerzfrei. Verb.-W.

9. VIII. Wunde bis auf eine kleine granulierende Stelle vernarbt, Kranke fühlt sich wohl, empfindet beim Gehen keinen Schmerz und wird nach Hause entlassen.

Gegenwärtiger Aufenthaltsort der Patientin nicht zu ermitteln.

9.

M. K., Kellnerin, 25 Jahre alt.

Patientin erkrankte plötzlich mit heftigem Seitenstechen rechts. Seit 3 Wochen klagt sie über Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Erbrechen. Bei ihrer Aufnahme äussert sie so heftige Schmerzen in der Seite, dass Morphium notwendig ist.

Stat. präs.: Zarte Constitution. Rechts unter dem Rippenbogen fühlt man deutlich die Niere, die sich bis zur Darmbeinschaufel dislocieren lässt. Die Untersuchung ist sehr schmerzhaft.

24. I. 91. Operation.

31. I. Schmerzen haben nachgelassen.

31. I. Verb.-W., gute Granulation.

11. II. 2 Verb.-W. Wunde ist geschlossen bis auf 2 granulierende Stellen.

26. II. Schmerzen im Unterleib vollkommen verschwunden. Patientin wird auf Wunsch entlassen.

Auf persönliches Befragen gibt Patientin an, dass sie keine Beschwerden von seiten der rechten Niere hat. Niere ist fixiert.

10.

M. H., Gürtlers-Ehefrau, 20 Jahre.

Patientin machte 3 Geburten durch. Seit 4 Jahren klagt sie über Schmerzen in der Magengegend, welche nach beiden Seiten hin ausstrahlen und links besonders heftig sein sollen. Die Schmerzen nahmen von Jahr zu Jahr zu und sollen damals, als sie das 2. Mal im 3. Monat in der Hoffnung war, ohne bekannte Ursache aufgetreten sein. Patientin hat zugleich das Gefühl, als ob sich im Magen etwas bewege, das unangenehme Druckgefühl steigt nach oben bis zum Halse.

Stat. präs.: Mittlerer Körperbau; Bauchdecken sind

nicht schlaff. Im rechten Hypochondrium unterhalb der Leber ist die bewegliche Niere zu fühlen.

4. VII. 91. Operation.

13. VII. Seit der Operation schmerzfrei.

26. VII. Die 2 letzten Nähte werden entfernt, Mundhöhle fast ganz ausgranuliert.

1. VIII. Entlassen. Niere ist nicht zu fühlen.

Brieflich teilt mir Patientin mit, dass die Schmerzen in der Magengegend bedeutend geringer sind, dass sie aber während des Wochenbetts — Patientin hat seit der Operation 3 Geburten durchgemacht — viel heftiger gewesen.

11.

R. B., 28 Jahre alt.

Vor 7 und 6 Jahren je eine Geburt; die 1. war eine Zangengeburt. Patientin will schon seit einigen Jahren manchmal an kolikartig auftretenden Schmerzen leiden, die im unteren Teil des Abdomens beginnen und nach dem Rücken ausstrahlen. Im Juni 1891 traten heftige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite auf. Eine Ursache dafür weiss Patientin nicht anzugeben. Seit dieser Zeit leidet Patientin an Schmerzen der rechten Seite, die sich beim Gehen steigern, bei längerem Gehen gesellt sich dazu Druckgefühl im Magen und Brechreiz. Beim Liegen auf der linken Seite ebenfalls Steigerung der Schmerzen.

Stat. praes.: Rechts von der Wirbelsäule oberhalb des Nabels ist die bewegliche druckempfindliche Niere zu fühlen.

25. XI. 91. Operation.

2. XII. Entfernung der Nähte.

5. XII. Verb.-Wechsel. Wunde geschlossen bis auf 2 gut granulierende seichte Gruben.

14. XII. 91. Entlassen. Niere fixiert. Patientin hat keine Schmerzen mehr, zeigt bei Druck auf die Nierengegend noch etwas Empfindlichkeit.

Brieflich teilt mir Patientin mit, dass sie sich seit der Operation durchaus wohl befinde und dass von den vor der Operation vorhandenen Schmerzen keine Rede mehr sei.

12.

B. F., Kindermädchen, 23 Jahre.

Patientin gibt an, seit ungefähr 2 Jahren an Schmerzen in der rechten Bauchseite zu leiden, die im Laufe der letzten $^3/_4$ Jahre an Intensität zunahmen. Die Schmerzen werden heftiger bei aufrechter Körperstellung, beim Gehen und bei der Arbeit; werden geringer beim Sitzen und Liegen.

Stat. praes.: Anämisches Individuum. In der rechten Abdominalhälfte unterhalb des Leberrandes findet man die verschiebliche, druckempfindliche Niere.

12. XII. Operation.

13. XII. Allgemeinbefinden gut, Harn mit Katheter entleert, enthält Spuren von Blut.

7. I. 93. Wunde vollkommen geschlossen, Patientin entlassen. Vollständig ohne Beschwerden.

Persönlich teilt mir Patientin mit, dass sie seit der Operation sich vollständig wohl befinde und nicht die geringsten Beschwerden mehr fühle.

13.

A. W., 40 Jahre.

Patientin hat 12 Partus durchgemacht, darunter zwei Frühgeburten. Seit der letzten Geburt im Mai 1890 will Patientin bei starker Bewegung Schmerzen in der rechten Bauchseite haben; auch konnte sie seither nicht mehr auf der rechten Seite liegen, während bei linker Seitenlage die

Schmerzen schwanden. April 1891 wurde zum 1. Mal rechtseitige Wanderniere diagnosticiert, und Patientin zuerst mit Massage jedoch ohne Erfolg behandelt.

Stat. praes.: In der rechten Bauchseite findet man die druckempfindliche, leicht verschiebliche Niere.

9. I. 93. Operation.

Wundverlauf normal.

28. I. 93. Austritt. Niere fixiert, geringe Schmerzen, besonders bei rechter Seitenlage.

Patientin, die wiederum das Krankenhaus aufsucht, klagt über die alten Schmerzen; rechte Niere ist fixiert — die linke Niere ist aber mobil, steht deutlich fühlbar etwas über Nabelhöhe.

14.

Th. H., Kleidermacherin, 31 Jahre.

Patientin erkrankte vor 3 Jahren infolge Hebens eines schweren Gegenstandes mit plötzlich auftretenden Schmerzen in der rechten Bauchseite, zugleich fühlte sie eine Geschwulst herabtreten. Seit dieser Zeit bestehen fast ständig diese Schmerzen, treten jedoch zeitweise mit vermehrter Heftigkeit auf. Seit 6 Monaten besteht hartnäckige Obstipation und seitdem haben sich die Schmerzen auch auf die linke Bauchseite ausgedehnt. In den letzten Wochen besteht bedeutende Schlaflosigkeit, gegen welche Patientin selbst mit 0,03 Morphium zuweilen vergeblich ankämpfte. Die Urinentleerung soll seit 3 Jahren sehr wechselnd sein, manchmal im Tage nur einmal, manchmal selbst des Nachts 3—4 mal.

Stat. praes.: In der rechten Bauchhälfte findet man die leicht bewegliche Niere. Palpation oft schmerzhaft. Linke Magen- und Nierengegend ebenfalls sehr druckempfindlich; Niere jedoch nicht zu fühlen.

27. V. 93. Operation. Wundverlauf ist ein guter.

23. VI. Entlassen. Niere ist deutlich von vorne zu fühlen, druckempfindlich, aber nicht mehr beweglich. Obstipation erhaltend.

Persönlich teilt mir Patientin mit, dass die alten Beschwerden vorhanden. Niere ist wieder beweglich.

15.

A. W., Krankenwärterin, 37 Jahre.

Vor 13 Jahren traten zum 1. Mal ziehende Schmerzen auf, die von der Kreuzbeingegend aus nach beiden Hüften hin ausstrahlen. Damals wurde beiderseitige Wanderniere diagnosticiert. Patientin konnte beim Gehen, nach strenger Arbeit ganz deutlich in der hinteren Bauchgegend eine Geschwulst fühlen, die im Liegen wieder verschwand. Trotzdem versah Patientin ihren Dienst ohne besondere Belästigung. Nur nach stärkerer Arbeit traten die erwähnten Schmerzen auf, verschwanden aber stets wieder, wenn Patientin sich kurze Zeit ruhig verhielt. Seit 2 Jahren nahmen die Schmerzen langsam an Intensität zu. Seit 1 Jahr kann Patientin keine anstrengenden Arbeiten besorgen. Seit 4 Wochen leidet sie auch an starker Appetitlosigkeit, Brechreizung. Patientin ist in den letzten Jahren abgemagert. Auch hat sie in den letzten 2 Jahren viel an Obstipation gelitten.

Stat. praes.: Wenn Patientin liegt, kann die Niere nicht gefühlt werden. Beim Stehen fühlt man in der linken Bauchgegend oberhalb des Nabels die sehr verschiebliche Niere.

In der rechten Bauchgegend fühlt man ebenfalls die allerdings weniger bewegliche Niere.

7. III. 94. Linksseitige Nephrorrhaphie.

15. III. Granulationen gut.

26. V. Patientin entlassen. Hat keinerlei Beschwerden. Appetit gut. Narbe gut geheilt. Niere fixiert.

Persönlich teilt mir Patientin mit, dass sie bis jetzt

durchaus sich wohl finde und dass sie ihren Dienst als Krankenwärterin ohne Beschwerden verrichten könne. Niere ist fixiert.

16.

Th. H., Kleidermacherin, 32 Jahre.

Bei der Patientin wurde am 27. V. 93 wegen rechtsseitiger Wanderniere die Nephrorrhaphie vorgenommen. Anfangs sistierten die Beschwerden, doch traten alsbald, als Patientin ihrem Beruf mit Maschinennähen wieder nachging die früheren Schmerzen und Beschwerden bei der Urinentleerung wieder auf. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehen auch auf der linken Seite ähnliche Schmerzen wie rechts.

Stat. praes.: Am vordern Rand des M. sacralumbalis der rechten Seite eine circa 15 cm. lange Narbe.

In der rechten regio hypoch. fühlt man die stark verschiebliche, druckempfindliche Niere.

In der linken Seite fühlt man ebenfalls die Niere, die bis zur spina ant. sup. herabreicht.

16. VII. 94. nochmalige rechtsseitige Nephrorrhaphie.

13. VIII. 94. linkseitige Nephrorrhaphie.

Wundverlauf ein guter.

10. IX. entlassen. Linke Niere ist nicht zu fühlen, doch sind hier noch stechende Schmerzen bei tiefem Atmen.

Die rechte Niere ist gut zu fühlen und ist in der Senkrechten ein wenig beweglich.

Bei der Patientin sind neuerdings wieder beide Nieren beweglich. Patientin klagt über die alten Beschwerden. Hartnäckige Obstipation.

17.

Th. O., Köchin, 33 Jahre. Patientin empfand vor $^3/_4$ Jahren beim Heben eines Wasserschaffes plötzlich einen

heftigen Schmerz in der rechten Lendengegend. Vor einem halben Jahr traten beim Tragen eines Wasserschaffes die Schmerzen äusserst heftig wieder auf, so dass Patientin nur mit Anstrengung gehen konnte. Seitdem bestehen die Schmerzen in wechselnder Intensität. Des Morgens und bei ruhiger Bettlage sistieren sie, nehmen Tags über zu und steigern sich besonders am Abend, so dass Patientin meist früh zu Bett gehen muss. Seit $^1/_2$ Jahre schwere Obstipation. Urinstörungen sind nicht vorhanden.

Stat. praes.: In der rechten Bauchseite fühlt man die Niere. Sie ist leicht verschieblich, druckempfindlich. Beim Stehen tritt die Niere herab, lagert sich der Beckenschaufel an, lässt sich jedoch wieder sehr leicht hinaufdrängen.

15. XI. 94. Operation, wobei die Kapsel abpräpariert wurde.

Wundverlauf ein guter.

2. XII. 94. Patientin hat keine Beschwerden mehr.

Patientin teilt mir mit, dass sie sich wohl befinde.

18.

A. E., Magd. Eintritt in die chirurg. Klinik 29. XI. 1894.

Patientin gibt an, dass seit dem 12. Jahre zeitweise krampfartige Schmerzen in der Abdominalgegend aufgetreten seien, dass ausserdem das Abdomen zuweilen stark angeschwollen sei, dass aber diese Schwellung immer wieder zurückgegangen sei. Die Schmerzen seien am heftigsten gewöhnlich vor der Menstruation. Stuhl war regelmässig; dagegen bestanden grosse Unregelmässigkeiten im Urinlassen. Einmal kann Patientin ganz gut urinieren, dann geht der Urin ein andermal nur tropfenweise ab und manch-

mal kann sie gar nicht urinieren. Patientin gibt die Schmerzen stets links an. Nullipara.

Stat. praes.: Auf der rechten Seite fühlt man nur im Stehen deutlich die nicht stark dislocierte Niere. Sie lässt sich weniger nach unten als nach den Seiten dislocieren.

11. XII. 95. Operation.

Patientin hat nach der Operation keinerlei Beschwerden, fühlt sich wohl. Wundverlauf gut.

28. XII. Patientin wird auf Wunsch entlassen. Niere ist gut fixiert. Wunde ist gut geheilt, bis auf eine minimale seichte Fistel am unteren Ende.

Patientin befindet sich zur Zeit wohl.

19.

J. P., Zimmermädchen, 21 Jahre. Eintritt 14. XII. 95.

Patientin gibt an, dass sie im Juni von einer 12 Treppen hohen Stiege auf das Gesäss gefallen sei. Sie konnte zwar wieder aufstehen, empfand jedoch von da an so heftige Schmerzen im Kreuz und in der rechten Bauchgegend, dass sie ihren Dienst aufgeben musste. Die Schmerzen sollen im Liegen stärker sein als im Stehen, zeitweilig sollen sie auch beim Urinieren mit besonderer Heftigkeit auftreten.

Stat. praes.: Kräftig gebaut. Unterhalb des rechten Rippenbogens fühlt man beim Stehen die bewegliche, leicht unter den Rippenbogen hinein verschiebliche Niere.

21. XII. Operation, wobei die Kapsel abpräpariert wurde.

23. XII. Urin etwas bluthaltig.

27. XII. Stichkanaleiterung.

31. XII. Verband-Wechsel. Wunde granuliert.

3. I. 95. Urin von rötlich schwarzer Farbe.

5. 1. Verb.-Wechsel. Aus dem Stichkanal entleert sich auf Druck eine ziemliche Menge Eiter. Callod.-Verb.

7. I. Urin ganz braun gefärbt von Blut.

31. I. 95. Patientin entlassen. Wunde ist geheilt, Urin rein. Patientin ohne alle Beschwerden. Niere ist nicht mehr zu fühlen.

Es erübrigt noch, die Resultate der 19 angeführten Nephrorrhaphien zusammenzustellen. Will man ein richtiges Urteil über den Erfolg und die Leistungsfähigkeit dieser Methode gewinnen, kommt es selbstversändlich darauf an, zu wissen, ob die in der ersten Zeit vorhandene Festigkeit der neugeschaffenen Anheftung auch von Dauer ist, ob die bindegewebige Vernarbung fest genug ist, um auf die Dauer dem Zug und Druck der Niere Widerstand zu leisten.

Auf Grund persönlicher oder schriftlicher Anfrage konnte ich von 15 Patienten nähere Auskunft über ihr gegenwärtiges Befinden erhalten. Sehe ich von den letzten 3, erst in den letzten Monaten Operirten ab, da Lindner nur die Fälle für beweiskräftig halten will, welche mindestens ein Jahr Beobachtungsdauer haben, so sind es also 12 Fälle, die obengenannten Anforderungen genügen.

Von diesen 12 Patienten sind 19 ihrer Aussage nach vollständig gesund und wohl, und von den früheren vor der Operation vorhandenen Schmerzen und Unzuträglichkeiten ist keine Rede. Sie gehen alle wieder ohne merkliche Beschwerden ihrem alten Berufe nach. Die Niere ist noch gut fixiert.

In den 4 andern Fällen sind Misserfolge zu verzeichnen. Die anfangs fixierte Niere ist wieder gelockert und verursacht den Patienten wieder zum Teil die alten Schmerzen.

Bei der einen Patientin (cfr. Krankengeschichte 5) ist die Niere gut palpabel, wenig beweglich aber sehr

druckempfindlich. Patientin klagt über Kopfschmerzen, versieht aber immerhin ihren ziemlich anstrengenden Dienst.

Im andern Fall (cfr. Krankengeschichte 10) klagt Patientin wieder über Schmerzen in der rechten Seite, die ganz besonders im Wochenbett zugenommen. Der Misserfolg lässt sich aber aus folgenden Faktoren erklären. Wie ich aus einem Brief ersehe, waren die Schmerzen der Patientin bis zu ihrem 5 Monate nach der Operation erstmal wieder erfolgten Wochenbett gehoben. Seit dieser Zeit hat Patientin wieder Schmerzen, allerdings nicht so intensiv wie früher. Patientin hat aber auch seit jenem Wochenbett jedes Jahr wieder eines durchgemacht; dazu kommt, dass die in ärmlichen Verhältnissen lebende Frau noch angestrengt körperlich arbeiten muss.

Beim nächsten Fall (Krankengeschichte 13) ist, wie ich mich selbst überzeugte, die rechte Niere fixiert, etwas druckempfindlich. Patientin klagt über die früheren Beschwerden. Es ist nämlich inzwischen die linke Niere mobil geworden.

Der letzte Fall betrifft eine Patientin, bei welcher zweimal rechts und einmal links die Nephrorrhaphie ausgeführt wurde. Die Ursache des Misserfolgs liegt wohl in dem Verhalten der Patientin selbst nach der Operation, insofern sie einmal trotz energischen Anratens zum Tragen einer Leibbinde solche nicht anlegte, sodann sofort nach Entlassung wieder mit Maschinennähen anfing.

Diese Misserfolge dürfen also nicht der Operationsmethode als solcher zugeschrieben werden, sondern sind in andern Faktoren zu suchen, im Verhalten der Patientin nach der Operation, besonders in mangelhafter Schonung, im frühzeitigen Beginn anstrengender körperlicher Arbeit.

Der Eindruck, den man auf Grund der verschiedenen Statistiken über die Nephrorrhaphie gewinnt, ist der,

dass sie infolge der vollendeteren Technik immer grössere Erfolge, und nicht bloss vorübergehende, sondern dauernde aufzuweisen hat. So dürfte denn doch einmal eine Operationsmethode, welche in den meisten Fällen herabgesetzte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Patienten wieder herstellt, als eine vollberechtigte angesehen werden.

Zum Schluss erübrigt mir noch, die angenehme Pflicht zu erfüllen, Herrn Prof. Dr. Angerer für die Anregung zu dieser Arbeit und Überlassung der Krankengeschichten, sowie Herrn Dr. Ziegler für freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.